FAX送信先：082-282-0030

問い合わせ等TEL：082－282－0033

診療情報提供書（ＣＴ検査依頼書）

霞クリニック　担当者　宛

紹介元医療機関名
診療科・医師名　　㊞　　連絡が取れる電話番号（内線番号・PHSなど）
住　所　　（　　）　　－

年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分 にご来院下さい。

患者さま情報		**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名　　様	性別　男　・　女 生年月日　年　月　日（　歳）	
住所（〒　－　）	電話番号：　－　－ すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話：　－　－	

検 査 部 位

□頭部（部位　：　）
□頚部（部位　：　）
□胸部
□上腹部（肝　・　胆　・　膵　・　腎　・　他　）
□骨盤部（前立腺・膀胱・子宮・卵巣・他　）
□脊椎（頸椎　・　胸椎　・　腰椎　・　仙尾骨　）
□関節（肩　・肘　・手　・股　・膝　・足　・他　）
（　右　・　左　・　両方　）
□四肢（上腕・前腕・手指・大腿・下腿・足趾　）
（　右　・　左　・　両方　）
□その他の場合は具体的に
（　　）

臨床診断・経過・依頼情報	次回診察日時：	感染症：

チェック項目（必ずチェック）

① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器
□あり　　□なし

② 現在、妊娠中である。
□はい　→　電話でご相談下さい。　　□いいえ

③ 体内金属を装着している。
□はい　→（詳細記入：　　）　□いいえ

④ 喫煙歴について　□吸わない
□吸う（１日　　本×　　年間）　□以前吸っていた（　　本／日×　　年間、　　年前禁煙）

ご希望の画像返送媒体	□フィルム	□CD-R	□両方	□不要（LOOKREC使用）
画像データ返送方法	□患者さま持ち帰り	□次回受診日までにレポートと共に郵送		□不要（LOOKREC使用）
診断レポート返送方法	□患者さま持ち帰り	□郵送		□不要（LOOKREC使用）

※患者さま持ち帰りの場合、検査後30分から1時間程度のお時間がかかります。

1枚目：患者さま持参用

FAX送信先：082-282-0030

問い合わせ等TEL：082－282－0033

診療情報提供書（ＣＴ検査依頼書）

霞クリニック　担当者　宛

紹介元医療機関名
診療科・医師名　　㊞
住　所

連絡が取れる電話番号（内線番号・PHSなど）
（　　）　　－

年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分 にご来院下さい。

患者さま情報		**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名	様	性別　男　・　女 生年月日　年　月　日（　歳）
住所（〒　－　）		電話番号：　－　－ すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話：　－　－

検 査 部 位

□頭部（部位　：　）
□頚部（部位　：　）
□胸部
□上腹部（肝　・　胆　・　膵　・　腎　・　他　）
□骨盤部（前立腺・膀胱・子宮・卵巣・他　）
□脊椎（頸椎　・　胸椎　・　腰椎　・　仙尾骨　）
□関節（肩　・肘　・手　・股　・膝　・足　・他　）
（　右　・　左　・　両方　）
□四肢（上腕・前腕・手指・大腿・下腿・足趾　）
（　右　・　左　・　両方　）
□その他の場合は具体的に
（　　）

臨床診断・経過・依頼情報　次回診察日時：　感染症：

チェック項目（必ずチェック）

① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器
□あり　□なし

② 現在、妊娠中である。
□はい　→　電話でご相談下さい。　□いいえ

③ 体内金属を装着している。
□はい　→（詳細記入：　）　□いいえ

④ 喫煙歴について　□吸わない
□吸う（１日　本×　年間）　□以前吸っていた（　本／日×　年間、　年前禁煙）

ご希望の画像返送媒体	□フィルム	□CD-R	□両方	□不要（LOOKREC使用）
画像データ返送方法	□患者さま持ち帰り	□次回受診日までにレポートと共に郵送		□不要（LOOKREC使用）
診断レポート返送方法	□患者さま持ち帰り	□郵送		□不要（LOOKREC使用）

※患者さま持ち帰りの場合、検査後30分から1時間程度のお時間がかかります。

2枚目：紹介元医療機関控え

ＣＴ検査予約表

検査当日は、必ず**下記の時間までに霞クリニック 受付**までお越し下さい。

ご来院時間に遅れて来られた場合、検査時間を短縮する必要が生じたり、場合によっては検査時間や検査日を変更していただく場合がございます。よりよい検査のためにご協力をお願いします。

年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分 にご来院下さい。

患者さま情報		**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名	様	性別　男　・　女 生年月日　年　月　日（　歳）
住所（〒　－　）		電話番号：　－　－ すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話：　－　－

当日ご持参いただくもの

○ 診療情報提供書（1枚目：患者さま持参用）、CT検査予約表（本紙）

○ 主治医から預かった書類、フィルム・CD等一式

○ **マイナンバーカード・健康保険証・各種受給証（※他施設で提出済でも、必ずご持参下さい。）**

検査の注意事項

※よりよい検査のために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎ご来院について

- 診療情報提供書（紹介状）をお持ちの場合は、ご来院時に受付へお渡し下さい。
- 万が一、上記予定時間に来院できない場合は、なるべく早く **082-282-0033** までご連絡下さい。
- 当日のキャンセルは極力ご遠慮下さい。

◎当日の諸注意

- 更衣しやすい服装でご来院下さい。
- 検査をする部位により、ヘアピンやイヤリング等の金属類は検査前に外していただきます。
- 腹部の検査の方は、検査前4時間は絶食して下さい。（水・お茶は飲水可能です）
- 膀胱（ぼうこう）の検査の方は、なるべく検査1時間前から排尿をお控え下さい。
- 検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承下さい。

◎CTの検査について

CTの検査では、人体に影響があると言われている放射線（X線）を使って検査を行います。この検査は、病気やけがの正しい診断を受けるために行うものです。

検査で使用する放射線（X線）の量は、身体に影響がでると言われている量よりもはるかに少ない量を使用します。検査の必要な場所に必要最小限のX線量を用いて検査を行っていきますので放射線による影響をご心配されることはありません。安心して検査をお受け下さい。

霞クリニック
KASUMI CLINIC
〒734-0023
広島市南区東雲本町1丁目2-27
TEL：082-282-0033　FAX：082-282-0030

3枚目：患者さま控え